

Prevalensi Abses Leher Dalam di RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang Periode 1 Januari 2012 – 31 Desember 2015

M. Arvin Arliando¹, Adeliem², Denny Satria Utama²

1. Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Sriwijaya

2. Departemen Ilmu Kesehatan T.H.T.K.L., Fakultas Kedokteran, Universitas Sriwijaya, RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang

Jln. Jendral Sudirman KM 3,5, Palembang, 30126, Indonesia

Email:arvin.arliando@gmail.com

Abstrak

Abses leher dalam merupakan kumpulan nanah yang terdapat di dalam ruang-ruang yang terbentuk oleh fascia-fasia leher. Abses terjadi akibat komplikasi dari infeksi tonsil, infeksi saluran nafas, infeksi gigi dan periodontal dan diperparah oleh penyakit diabetes melitus dan imunodefisiensi. Gejala klinik yang dapat ditemukan pada pasien abses leher dalam juga beragam. Penelitian ini dilakukan untuk mengidentifikasi prevalensi abses leher dalam di RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang periode 1 Januari 2012-31 Desember 2015. Jenis penelitian ini adalah deskriptif observasional. Data sampel penelitian diambil dari rekam medik pasien abses leher dalam yang dirawat inap di RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang pada 1 Januari 2012-31 Desember 2015. Didapatkan 26 kasus yang memenuhi kriteria inklusi yang kemudian dideskripsikan menggunakan tabel distribusi frekuensi. Dari 26 kasus yang diteliti, pasien abses leher dalam paling banyak (65,4%) adalah laki-laki, (26,9%) 20-29 tahun, dengan tiga gejala klinik terbanyak (80,8%) adalah bengkak, (73,1%) odinofagia, dan (69,2%) demam. Abses leher dalam paling banyak (46,2%) terjadi di ruang submandibula dan (69,2%) disebabkan oleh infeksi odontogenik. Jarang dilakukan (15,3%) kultur pada abses leher dalam dengan hasil kultur paling banyak (75%) adalah *Klasiella pneumoniae*. 23,1% kasus terdapat penyakit diabetes melitus dan tidak ada yang memiliki penyakit imunodefisiensi. Abses leher dalam paling banyak ditemukan pada laki-laki, usia 20-29 tahun, dengan gejala bengkak, demam, dan odinofagia, terjadi di ruang submandibula dan disebabkan oleh infeksi odontogenik.

Kata kunci: Abses leher dalam, Gejala klinik, Penyebab, Diabetes melitus, *Klasiella pneumoniae*

Abstract

Prevalence of Deep Neck Abscess at RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang from January 1st until December 31st 2015. **Background.** Deep neck abscess is a collection of pus in in spaces formed by the fascias of neck. Abscesses occur due to complications from tonsil infections, respiratory tract infections, dental and periodontal infection and exacerbated by diabetes mellitus and immunodeficiency. Clinical symptoms found in patients in the neck abscess also varies. This study was conducted to identify the prevalence of neck abscesses in on dr. Mohammad Hoesin Palembang the period 1 January 2012-31 December 2015. This research is a descriptive observational study. The sample data were taken from patient records in a neck abscess who are hospitalized in dr. Mohammad Hoesin Palembang General Hospital on January 1st 2012 - December 31st 2015. It was found 26 cases that met the inclusion criteria which were described by using frequency distribution table. From the 26 cases studied, most patients of deep neck abscess (65,4%) were male, (26,9%) aged 20-29 years, with three most clinical symptoms (80,8%) are swelling, (73,1%) odynophagia, and (69,2%) fever. Deep neck abscess is most prevalent (46,2%) in the submandibular space and (69,2%) is caused by odontogenic infections. Culture is rarely done (15.3%) on the deep neck abscess with the most culture results are *Klasiella pneumoniae* (75%). 23,1% of cases have diabetes mellitus and no one has the immunodeficiency disease. Deep neck abscess are more common in males, aged 20-29 years, with symptoms of swelling, fever, and odynophagia, occurred in the submandibular space, and is caused by odontogenic infection.

Keywords: Deep neck abscess, Clinical sign, Cause, Diabetes melitus, *Klasiella pneumonia*

1. Pendahuluan

Abses leher dalam adalah kumpulan nanah yang terkumpul di dalam satu atau lebih ruang yang dibentuk oleh fascia leher. Abses leher dalam dapat disebabkan oleh kerusakan jaringan akibat infeksi pada gigi, mulut, tenggorok, hidung, dan struktur lain disekitarnya^[1]. Berbagai ruang dapat menjadi tempat terjadinya abses leher dalam diantaranya ruang submandibula, peritonsil, parafaring, retrofaring, submental, parotid, viseral anterior, karotid, dan masseter. Kejadian abses leher dalam menjadi lebih sedikit kejadiannya setelah ditemukan terapi antibiotik. Walaupun begitu, bila terjadi suatu abses leher dalam harus segera waspada karena penganganan yang terlambat sering diikuti penyebaran inflamasi bisa menyebabkan bermacam komplikasi seperti mediastinitis, sepsis dan edema laring^[2].

Leher merupakan bagian tubuh yang memiliki anatomi yang kompleks. Leher disusun oleh bermacam struktur yang berupa lapisan-lapisan dan pada bagian dalamnya terdapat dua fascia, yaitu fascia leher superfisial dan fascia leher profunda. Fascia leher luar merupakan lapisan yang tersusun oleh jaringan ikat longgar areolar dan jaringan lemak yang melapisi dari kepala hingga ke bagian dada, dan dari bahu ke aksila. Di dalam fascia leher luar terdapat otot-otot wajah, saraf-saraf kutaneus, pembuluh darah dan pembuluh. Kedua fascia yang telah disebut sebelumnya akan menciptakan ruang-ruang yang jelas secara anatomis. Dalam pembagian ruang-ruang ini, digunakan tulang rawan hioid sebagai pembatas sehingga dibuat tiga kelompok besar ruang leher dalam yaitu ruang yang meliputi keseluruhan leher (ruang retrofaringeal, danger space, ruang prevertebral, dan ruang carotid), ruang suprahioid (ruang parafaringeal, ruang submandibular, ruang sublingual, ruang parotid, ruang mastikator, ruang peritonsiler,

dan ruang temporal), dan ruang infrahioid (ruang visera anterior, dan ruang suprasternal)^[3].

Angka kejadian abses leher dalam di Indonesia pernah diteliti di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung selama tahun 2012. Dari penelitian tersebut didapatkan 28 kasus abses leher dalam, dengan lokasi abses peritonsil 9 kasus, abses parafaring 1 kasus abses retrofaring 4 kasus, abses submandibula 5 kasus, abses submental 2 kasus dan abses gabungan (submandibular dan para faring) 7 kasus. Persentase pasien jenis kelamin laki-laki sebanyak 68% dan perempuan sebanyak 32%, dengan kelompok usia terbanyak 20-39 tahun sebanyak 50%. Lokasi abses paling banyak ditemukan di ruang peritonsiler sebanyak 32% dengan sumber infeksi terbanyak dari odontogenic sebanyak 50%^[1]. Di RSUP dr. M. Djamil dilakukan penelitian kejadian abses leher dalam selama periode Oktober 2009 – September 2010. Didapatkan jumlah kasus abses leher dalam sebanyak 33 orang dengan lokasi abses peritonsil 11 kasus, abses submandibula 9 kasus, abses parafaring 6 kasus, abses retrofaring 4 kasus, abses masticator 3 kasus, abses pretrakeal 1 kasus.

Abses leher dalam terjadi oleh karena bermacam penyebab dan dalam karakteristik pasien tertentu angka kejadian abses leher dalam lebih tinggi. Maka dari itu, penelitian mengenai prevalensi abses leher dalam akan dilakukan di RSUP dr. Mohammad Hoesin periode 1 Januari 2012 – 31 Desember 2015. Dari hasil penelitian ini, akan didapatkan informasi tentang prevalensi abses leher dalam berdasarkan bermacam karakteristik pasien.

2. Metode

Penelitian yang dilakukan adalah penelitian observasional deskriptif. Data didapatkan dari data sekunder yaitu data rekam medis. Populasi dan sampel penelitian ini adalah

semua pasien abses leher dalam yang di rawat di Departemen Ilmu Kesehatan T.H.T.K.L RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang periode 1 Januari 2012 – 31 Desember 2015 yang diambil dengan cara *total sampling*. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni 2016 sampai dengan bulan Desember 2016. Kriteria inklusi penelitian ini adalah semua pasien abses leher dalam yang di rawat di Departemen Ilmu Kesehatan T.H.T.K.L RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang dengan data rekam medik yang lengkap. Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, gejala klinik, lokasi abses, penyebab, hasil kultur, riwayat diabetes melitus dan riwayat penyakit immunodefisiensi. Setelah data dikumpulkan, data dilakukan distribusi frekuensi yang kemudian disajikan dalam bentuk narasi, dan tabel.

3. Hasil dan Pembahasan

Studi prevalensi abses leher dalam di RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang dilakukan dengan menggunakan data sekunder berupa rekam medik pasien abses leher dalam yang dirawat di Departemen Ilmu T.H.T.K.L. RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang periode 1 Januari 2012–31 Desember 2015. Didapatkan 26 kasus yang memenuhi kriteria inklusi dan dapat digunakan untuk penelitian.

Distribusi Pasien Berdasarkan Kelompok Usia

Pada Tabel 1 disajikan distribusi pasien abses leher dalam berdasarkan kelompok usia. Kelompok usia dengan pasien terbanyak adalah 20-29 tahun yaitu 26,9%, lalu 30-39 tahun 19,2 %, 50-59 tahun 19,2%, 0-9 tahun 15,4%, 60-69 tahun 7,7%, 40-49 tahun 7,7%, dan 10-19 tahun 3,8%.

Tabel 1. Distribusi Pasien Abses Leher Dalam Berdasarkan Kelompok Usia

Kelompok usia	Jumlah	Persentase
0-9	4	15,4
10-19	1	3,8
20-29	7	26,9
30-39	5	19,2
40-49	2	7,7
50-59	5	19,2
60-69	2	7,7
Total	26	100,0

Distribusi Pasien Abses Leher Dalam Berdasarkan Jenis Kelamin

Data tentang distribusi pasien abses leher dalam berdasarkan jenis kelamin disajikan dalam Tabel 2. Dari 26 kasus yang diteliti, 17 (65,4%) kasus pada pasien laki-laki dan 9 (34,6%) kasus pada pasien perempuan.

Tabel 2. Distribusi Pasien Abses Leher Dalam Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
Laki-laki	17	65,4
Perempuan	9	34,6
Total	26	100,0

Distribusi Pasien Abses Leher Dalam menurut Gejala Klinik

Gejala klinik pada pasien abses leher dalam ada beragam mulai dari demam, bengkak, trismus, disfagia, odinofagia, suara menggumam, rinorrhea, gejala obstruksi jalan napas, dan hipersalivasi (lihat Tabel 3). Gejala klinik yang paling banyak ditemukan adalah bengkak yaitu 80,8%, kemudian odinofagia 73,1%, demam 69,2%, trismus 69,2%, disfagia 50%, suara menggumam 23,1%, rinorrhea 11,5%, gejala obstruksi jalan napas 11,5%, dan hipersalivasi 3,8%.

Tabel 3. Distribusi Pasien Abses Leher Dalam Berdasarkan Gejala Klinik

Gejala Klinik	Jumlah	Persentase
Bengkak	21	80,8
Demam	18	69,2
Trismus	18	69,2
Disfagia	13	50
Odinofagia	19	73,1
Suara menggumam	6	23,1
Rinorrhea	3	11,5
Gejala obstruksi jalan napas	3	11,5
Hipersalivasi	1	3,8

Distribusi Pasien Abses Leher Dalam Berdasarkan Lokasi Abses

Lokasi terjadinya abses pada penelitian ini dikelompokkan menjadi tiga, yaitu ruang submandibula, ruang peritonsil, dan multipel (lihat Tabel 4). Dari 26 kasus abses leher dalam 12 (46,2%) kasus ruang submandibula, 8 (30,8%) kasus di ruang peritonsil, dan 6 (23,1%) kasus abses yang bersifat multipel.

Tabel 4. Distribusi Pasien Abses Leher Dalam Berdasarkan Lokasi Abses

Lokasi Abses	Jumlah	Persentase
Abses peritonsil	8	30,8
Abses submandibula	12	46,2
Abses multipel	6	23,1
Total	26	100,0

Pada abses multipel ada berbagai ruang yang terlibat sekaligus dalam satu kasus. Variasi ruang yang terlibat pada kasus abses multipel disajikan dalam Tabel 5. Abses pada ruang retrofaring dan parafaring ada 2 (7,6%) kasus, ruang submandibula, retrofaring, dan parafaring ada 1 (3,8%) kasus, ruang submandibula, peritonsil, dan retrofaring ada 1 (3,8%) kasus, ruang submandibula dan retrofaring ada 1 (3,8%) kasus, dan ruang peritonsil dan submandibula ada 1 (3,8%)

kasus serta 1 (3,8%) kasus abses multipel yang tidak dijelaskan dengan rinci lokasinya.

Tabel 5. Distribusi Jenis Abses Multipel

Lokasi Abses	Jumlah	Persentase
Ruang submandibula, retrofaring, dan parafaring	1	3,8
ruang submandibula, peritonsil, dan retrofaring	1	3,8
Ruang submandibula dan retrofaring	1	3,8
Ruang retrofaring dan parafaring	2	7,7
Ruang peritonsil dan submandibula	1	3,8
Tidak dijelaskan	1	3,8
Total	7	23,1

Distribusi Pasien Abses Leher Dalam Berdasarkan Penyebab

Seperti yang terlihat pada Tabel 6, dari 26 kasus abses leher dalam yang diteliti, 18 (69,2%) kasus disebabkan oleh infeksi odontogenik, 6 (23,1%) kasus disebabkan oleh tonsillitis 1 (3,8%) kasus disebabkan oleh limfadenitis tuberkulosis, dan 1 (3,8%) kasus disebabkan oleh infeksi akibat benda asing.

Tabel 6. Distribusi Pasien Abses Leher Dalam Berdasarkan Penyebab Abses

Penyebab Abses	Jumlah	Persentase
Tonsilitis	6	23,1
Infeksi Odontogenik	18	69,2
Limfadenitis tuberkulosis	1	3,8
Infeksi akibat benda asing	1	3,8
Total	26	100,0

Distribusi Pasien Abses Leher Dalam Berdasarkan Hasil Kultur

Tabel 7 menunjukkan hasil kultur spesimen yang diambil dari pasien abses leher dalam. Dari 26 kasus hanya 4 (14,3%) kasus yang terdapat hasil pemeriksaan kultur dengan 3 (11,5%) kasus positif *Klasiella pneumoniae*

dan satu (3,8%) kasus hasil kultur berupa

Tabel 7. Distribusi Pasien Abses leher Dalam Berdasarkan Hasil Kultur

Hasil Kultur	Jumlah	Persentase
Tidak Dilakukan	22	84,6
Tidak tumbuh	1	3,8
<i>Klabsiella pneumoniae</i>	3	11,5
Total	26	100,0

Distribusi Pasien Abses Leher Dalam Berdasarkan Riwayat Diabetes Melitus

Pada Tabel 8 dijelaskan bahwa dari 26 kasus abses leher dalam ada 6 (23,1%) kasus yang terdapat penyakit diabetes melitus, dan 20 (76,9%) kasus tidak terdapat penyakit diabetes melitus.

Tabel 8. Distribusi Pasien Abses Leher Dalam Berdasarkan Penyakit Diabetes Melitus

Penyakit Diabetes Melitus	Jumlah	Persentase
Ada	6	23,1
Tidak Ada	20	76,9
Total	26	100,0

Distribusi Pasien Abses Leher Dalam Berdasarkan Penyakit Immunodefisiensi

Dalam Tabel 9. disajikan data tentang distribusi pasien abses leher dalam berdasarkan penyakit immunodefisiensi. Dari 26 pasien yang diteliti, tidak ada yang didapati memiliki penyakit immunodefisiensi.

Tabel 9. Distribusi Pasien Abses Leher Dalam Berdasarkan Penyakit Immunodefisiensi

Penyakit Immunodefisiensi	Jumlah	Persentase
Ada	0	0

organisme tidak tumbuh.

Tidak ada	26	100,0
Total	26x	100,0

4. Pembahasan

Usia pasien abses leher dalam yang paling muda dalam penelitian ini adalah 4 tahun dan yang paling tua adalah 63 tahun. Rata-rata usia pasien abses leher dalam dalam penelitian ini adalah 33,96 tahun. Pada penelitian ini usia pasien dikelompokkan menjadi 0-9 tahun, 10-19 tahun, 20-29 tahun, 30-39 tahun, 40-49 tahun, 50-59 tahun, dan 60-69 tahun. Pasien abses leher paling banyak ditemukan pada kelompok usia 20-29 tahun yaitu 7 (26,9%) kasus. Dalam sejumlah penelitian yang telah dilakukan mengenai abses leher dalam, paling banyak ditemukan pasien pada usia 20-an dan 30-an. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Meher (2005) mengenai studi prospektif 54 kasus abses leher dalam, kelompok usia pasien paling banyak adalah 20-29 tahun yaitu 29^[10]. Kemudian pada penelitian retrospektif mengenai abses leher dalam yang dilakukan oleh Bakir (2010), kelompok usia pasien abses leher dalam paling banyak adalah 30-39 tahun dengan persentase 20,9%^[2]. Adapun menurut Boscolo-Rizzo (2006), kelompok usia terbanyak ditemukan abses leher dalam adalah usia dewasa muda, dengan 80,9% kasus terjadi pada usia dibawah 40 tahun. Usia dewasa muda dan pertengahan merupakan kelompok usia terbanyak ditemukan infeksi gigi dan tonsil dan infeksi gigi yang menjadi penyebab terbanyak dari abses leher dalam^[4].

Berdasarkan jenis kelamin, didapatkan kasus abses leher dalam lebih sering terjadi pada laki-laki daripada perempuan dengan jumlah pasien laki-laki 17 kasus (65,4%) dan pasien perempuan 9 kasus (34,6%) sehingga didapatkan rasio 1,9:1 untuk pasien laki-laki

dibandingkan perempuan. Hal ini mirip dengan hasil penelitian oleh Gorjon, dkk (2011) mengenai abses leher dalam selama periode 11 tahun (2000-2010) dengan 286 kasus yang menyatakan bahwa pasien abses leher dalam lebih banyak pada laki-laki dengan rasio pasien laki-laki dibandingkan perempuan 1,2:1. Juga pada penelitian yang dilakukan oleh Bakir (2012) mengenai abses leher dalam selama periode 2003-2010 di *Dicle University Hospital* dengan 174 kasus yang di dalamnya dilaporkan jumlah pasien abses leher dalam berjenis kelamin laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan dengan rasio 1,2:1^[5]. Dalam penelitian mengenai jenis kelamin pada penderita gangguan periodontal yang dilakukan oleh Desvarieux (2004) dilaporkan bahwa wanita lebih sering menderita infeksi periodontal dibandingkan laki-laki, namun faktor jenis kelamin tidak bermakna sebagai faktor resiko hal ini karena faktor kesadaran terhadap kesehatan gigi, kebiasaan merokok, dan hormonal lebih bermakna dalam menjadi faktor resiko^[6].

Gejala klinik pada abses leher dalam bermacam-macam. Pada penelitian ini, data gejala klinik diambil dari hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik pasien selama perawatan. Gejala klinik yang terdapat pada pasien bisa lebih dari satu, tergantung dengan catatan yang ada pada rekam medik. Gejala klinik yang paling sering banyak ditemukan pada pasien abses leher dalam adalah bengkak yang ditemukan pada 21 (80,8%) kasus. Kemudian gejala klinik odinofagia atau nyeri menelan, ditemukan pada 19 (73,1%), demam pada 18 (69,2%) kasus, trismus pada 18 (69,2%) kasus, disfagia pada 16 (53,3%) kasus, suara menggumam atau *hot potato voice* pada 7 (23,8%) kasus, *rinorrhea* ditemukan pada 3 (10%) kasus, obstruksi jalan napas pada 3 (10%) kasus, dan hipersalivasi ditemukan pada 1 (3,3%) kasus. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Staffieri (2014), gejala yang paling sering

ditemukan adalah pembengkakan pada lokasi abses (72,3%). Kemudian odinofagia dengan persentase 49,7%, dan demam dengan persentase 44,7% (Staffieri, 2014). Gejala suara menggumam yang ditemukan pada penelitian ini 66,6% terdapat pada pasien dengan abses peritonsil. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Bhutta (2005) yang menyatakan bahwa pada infeksi peritonsil (selulitis maupun abses) dapat menyebabkan gangguan dari fungsi palatum molle akibat kelainan kerja dari otot-otot di sekitar peritonsil, sehingga proses artikulasi suara menjadi berbeda dengan orang yang sehat^[4]. Gejala klinis odinofagia, disfagia, dan hipersalivasi dapat terjadi pada abses pada ruang submandibula, karena pada saat terjadi kumpulan nanah di ruang submandibula lidah terdorong ke superior dan inferior. Juga dapat memperparah obstruksi jalan nafas dan memperbesar resiko aspirasi^[6].

Lokasi abses leher dalam penelitian ini didapatkan berdasarkan hasil pemeriksaan gambaran radiologi seperti USG atau *CT-Scan*. Pada penelitian ini, abses paing banyak ditemukan di ruang submandibula yaitu 12 (46,2%) kasus, lalu di ruang peritonsil 8 (30,8%) kasus. Pada 6 (23,1%) kasus, abses ditemukan pada lebih dari satu ruang leher dalam. Abses yang bersifat multipel terjadi pada ruang-ruang yang letaknya saling berhubungan. Pada kasus ini, abses multipel yang terjadi pada ruang yang saling berhubungan ada 5 kasus, ruang submandibula-retrofaring-parafaring ada 1 kasus, ruang submandibula-peritonsil-retrofaring ada 1 kasus, ruang submandibula-retrofaring ada 1 kasus, ruang retrofaring-parafaring 1 kasus. Ada 1 kasus yang letak ruangnya tidak berdekatan, yaitu pada ruang peritonsil dan submandibula. Dan ada 1 kasus yang tidak disebutkan secara rinci lokasinya. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Warshafsky (2012) tentang gambaran anatomis leher dalam, ada ruang-ruang leher

dalam yang memiliki hubungan langsung secara anatomis. Seperti pada ruang submandibula yang berbatasan langsung tanpa pembatas dengan bagian inferior ruang parafaring, dan ruang parafaring juga berhubungan langsung dengan bagian anterolateral ruang retrofaring. Sedangkan ruang submandibula dan ruang peritonsil tidak berhubungan secara langsung. Sehingga kemungkinan kasus abses pada ruang submandibula dan ruang peritonsil terjadi karena infeksi yang lebih dari satu lokasi.

Abses leher dalam dalam berbagai penelitian disebabkan oleh bermacam penyebab seperti infeksi odontogenik, tonsilitis, infeksi saluran napas atas, penggunaan injeksi narkoba ke vena jugularis, dan infeksi akibat benda asing^[3]. Pada penelitian ini, penyebab abses leher dalam terbanyak adalah infeksi odontogenik, ditemukan sebanyak 18 (69,2%) kasus. Lalu penyebab terbanyak kedua adalah tonsilitis yang ditemukan pada 6 (23,1%) kasus. Limfadenitis tuberkulosis dan infeksi akibat benda asing masing-masing ditemukan pada 1 (3,8%) kasus. Penyebab abses leher dalam terbanyak oleh infeksi odontogenik juga didapatkan dalam beberapa penelitian yang pernah dilakukan oleh orang lain. Seperti pada penelitian yang dilakukan oleh Bakir (2012) pada data pasien di *Dicle University Hospital* tahun 2002-2010 didapatkan penyebab terbesar dari abses leher dalam adalah infeksi odontogenik dengan persentase 48,5%, diikuti oleh tonsilitis dengan persentase 19,7%^[5]. Abses akibat infeksi odontogenik biasanya berupa abses di submandibula, sublingual, atau submental yang selanjutnya dapat berlanjut menjadi abses multipel^[3]. Seperti pada penelitian ini, semua abses submandibula yang berjumlah 12 (100%) kasus disebabkan oleh infeksi odontogenik.

Kultur pada spesimen abses leher dalam dilakukan dengan tujuan untuk

mengetahui jenis organisme patogen yang terdapat pada abses leher dalam dan memilih terapi antimikrobal yang tepat sesuai dengan hasil kultur dan uji resistensi. Pada penelitian ini, hanya ada 4 (10%) kasus yang dilakukan uji kultur pada spesimen yang diambil dari abses. Dari ketiga kasus tersebut, 3 (11,5%) kasus memiliki hasil kultur berupa *Klasiella pneumoniae*, dan 1 (3,8%) kasus hasil kultur yang tidak tumbuh. Pada penelitian ini, 2 dari 3 (75%) hasil kultur berupa *Klasiella pneumoniae* positif ditemukan pada pasien dengan penyakit diabetes melitus. Pada penelitian yang dilakukan oleh Huang (2005) di Departemen Otolaringologi Rumah Sakit Universitas Taiwan pada tahun 1997-2002. Dari 41 kasus abses leher dalam dengan diabetes melitus, 23 kasus (56%) memiliki hasil kultur *Klasiella pneumoniae* positif (Huang dkk, 2005). *Klasiella pneumoniae* seringkali ditemukan pada pasien dengan diabetes yang tidak terkontrol^[3]. Pada pasien dengan diabetes melitus, sering terjadi kolonisasi bakteri basil gram negatif di daerah orofaring akibat dari defek sistem pertahanan tubuh, terutama fungsi fagositik^[7].

Diabetes melitus kerap kali menjadi faktor pemberat yang sering membuat suatu infeksi berlanjut menjadi pembentukan abses dan menjadi abses yang multipel atau ekstensif. Angka prevalensi diabetes melitus di Kota Palembang cukup tinggi yaitu sekitar 3,5% dari seluruh jumlah penduduk^[8]. Pada penelitian ini, dari 26 kasus yang diteliti, didapatkan 6 (23,1%) kasus memiliki riwayat penyakit diabetes melitus. Juga pada 3 dari 6 kasus abses leher dalam dengan diabetes melitus terjadi abses yang bersifat multipel atau ekstensif. Pada penelitian tentang perbandingan gambaran klinis pasien dengan diabetes melitus dan tanpa diabetes melitus yang dilakukan oleh Huang (2005), persentase kasus abses leher dalam dengan diabetes melitus adalah 39,7%^[1]. Dalam suatu penelitian, didapatkan bahwa kasus

abses leher dalam disertai dengan diabetes melitus menjadikan waktu penyembuhan lebih lama, juga risiko untuk terjadinya komplikasi seperti sepsis, fasciitis, mediastinitis lebih tinggi^[8]. Pasien abses leher dalam dengan diabetes melitus angkanya cukup tinggi karena pada suatu penelitian diabetes melitus yang dilakukan pada hewan dan secara in vitro, fungsi imun pejamu terganggu akibat dari hiperglikemi jangka pendek maupun jangka panjang, termasuk fungsi bakterisidal neutrofil, imunitas seluler, dan aktivasi komplemen. Pelemahan sistem imun inilah yang diyakini menyebabkan infeksi menjadi piogenik atau membentuk purulen dan berprogresi dengan cepat hingga terjadi abses yang luas^[1].

Penyakit yang dapat menjadikan kondisi immunodefisiensi antara lain penyakit diabetes, infeksi HIV, AIDS, penyakit-penyakit hematologi dan penyakit onkologi. Karena diabetes melitus sudah dibahas pada bahasan sebelumnya, maka hanya penyakit selain itu yang akan dicari. Dari 26 kasus yang diteliti pada kasus ini, tidak ada pasien yang didapati memiliki penyakit immunodefisiensi. Penyakit immunodefisiensi dengan mekanismenya yang bermacam-macam akan berakibat rendahnya kemampuan untuk melawan mikroorganisme sehingga infeksi berlanjut menjadi abses^[2]. Tidak ada pasien abses leher dalam yang memiliki riwayat penyakit immunodefisiensi pada penelitian ini juga bisa karena prevalensi penyakit immunodefisiensi yang rendah. Contohnya prevalensi HIV di Sumatera Selatan yang dilaporkan pada September 2014 sebesar 21,2/100.000^[8].

5. Simpulan

Prevalensi abses leher dalam yang dirawat inap di Departemen Ilmu Kesehatan T.H.T.K.L. RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang periode 1 Januari 2014–31

Desember 2015 adalah 26 kasus dengan pasien paling banyak ditemukan pada kelompok usia 20-29 tahun yaitu 7 (26,9%) kasus dan jenis kelamin pasien abses leher dalam terbanyak adalah laki-laki yaitu 17 (65,4%) kasus.

Gejala klinik yang ditemukan pada penderita abses leher dalam paling banyak adalah bengkak yang terdapat pada 21 (80,8%) kasus, diikuti oleh odinofagia pada 19 (73,1%) kasus, dan demam yang ditemukan pada 18 (69,2%) kasus.

Lokasi abses leher dalam yang paling banyak ditemukan adalah abses submandibula dengan 12 (46,2%) kasus dan penyebab yang paling banyak ditemukan adalah infeksi odontogenik yaitu 18 (69,2%) kasus.

Dari 26 kasus yang diteliti, hanya 4 kasus yang dilakukan uji kultur, dengan 3 (10%) kasus hasil kultur berupa *Klasiella pneumoniae*, dan 1 (3,3%) kasus tidak tumbuh. Penyakit diabetes melitus terdapat pada 6 (23,1%) kasus dan pada 20 (76,9%) kasus tidak memiliki penyakit diabetes melitus.

Daftar Acuan

1. Huang, Tung-Tsun. 2005. Factors Affecting the Bacteriology of Deep Neck Infection : a Retrospective Study of 128 Patients. *Acta Oto-Laryngologica*. 126 (2006): 396–401
2. Lin HT, Tsai C-S S, Chen Y-L, Liang J-G. 2006. Influence of Diabetes Melitus on Deep Neck Infection. *The Journal of Laryngology and Autology*. 120(2006): 650-654
3. Aynehchi, Behrad B. dan Har-El, Gady. 2013. Deep Neck Infections. Dalam: Bailey, Byron J. (Editor). *Bailey's Head and Neck Surgery–Otolaryngology Volume 1* (edisi ke-5) (halaman 794–811). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, US

4. Bhutta MF, Whorley GA, Harries ML. 2005. Hot Potato Voice in Peritonsillitis: A Misnomer. *Journal of Voice*. 20(2006): 616-622
5. Salih, Bakir., *et al.* 2012. Deep Neck Space Infections: A Retrospective Review of 173 Cases. *American Journal of Otolaryngology–Head and Neck Medicine and Surgery*. 33 (2012): 56–63
6. Boscolo-Rizzo, P., Marchiori, C., Montolli F., *et al.* 2006. Deep Neck Infections; a Constant Challenge. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 68 (2006): 259–265
7. Vicira F, Allen SM, Stocks, Thompson JW. 2008. Deep Neck Infection. *Otolaryngologic Clinics of North America*. 41 (2008): 459-483
8. Tjekyan, R.M. Suryadi. 2014. Angka Kejadian dan Faktor Resiko Diabetes Melitus Tipe 2 di 78 RT Kotamadya Palembang Tahun 2010. *Majalah Kedokteran Sriwijaya No. 2 Tahun 2014*: 85-94

BIODATA

Nama : M. Arvin Arliando
NIM : 04011281320014
Program : Program Studi Pendidikan Kedokteran
Fakultas : Kedokteran
Instansi : Universitas Sriwijaya
Alamat : Jalan Siaran Komplek Griya Musi Permai Palembang

Contact : 082279426160
Email : arvin.arliando@gmail.com

Nama : dr. Adeliën, Sp.T.H.T.K.L., FICS
NIP : 198108032006042001
Jabatan : Pembimbing I
Departemen : Ilmu Kesehatan T.H.T.K.L. RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang

Nama : dr. Denny Satria Utama, Sp.T.H.T.K.L., M.Si.Med., FICS
NIP : 197009091995122002
Jabatan : Pembimbing II
Departemen : Ilmu Kesehatan T.H.T.K.L. RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang